

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N° 52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LÉON BRACHET

Né à Boulogne (Vendée), le 15 octobre 1883

Éléphantiasis et Tuberculose

Président : M. CHAUFFARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1910

52

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

POUR

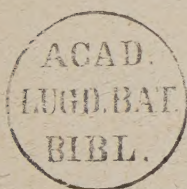
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LÉON BRACHET

Né à Boulogne (Vendée), le 15 octobre 1883

Éléphantiasis et Tuberculose



Président : M. CHAUFFARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie} ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	DEJERINE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR
	PINARD
Clinique gynécologique	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile	POZZI
Clinique thérapeutique	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAEN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

*Hommage de profonde
reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage très respectueux.

ÉLÉPHANTIASIS ET TUBERCULOSE

Dans ces dernières années, depuis que de nouveaux procédés de laboratoire ont permis de faire des examens méthodiques et précis, le champ de la tuberculose s'est largement étendu.

Des affections, qui jusqu'ici ne semblaient avoir que de lointains rapports avec la bacillose, nous sont apparues comme intimement liées à cette maladie : chacun a présent à l'esprit les recherches sur la pleurésie et sur certaines formes de rhumatisme que la bactériologie, l'inoculation, le microscope ont si souvent montré d'origine tuberculeuse.

Il était tout naturel de rechercher s'il n'en était pas de même pour certains cas d'éléphantiasis, et ceci d'autant mieux que l'éléphantiasis peut parfois survenir à la suite d'un lupus ou d'une ulcération nettement tuberculeuse.

C'est l'ensemble des travaux et des observations parus sur cette question que nous avons essayé de réunir dans cette thèse.

On sait ce qu'est l'éléphantiasis, c'est, d'après la définition de Kaposi « une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, limitée à certaines régions du corps, consécutive à des troubles locaux

de circulation, à des inflammations chroniques et réitérées des vaisseaux sanguins et lymphatiques, à l'érysipèle ou à un œdème de longue durée et qui intéressant également les tissus sous-jacents, détermine une augmentation de masse et de volume de toutes les parties qui constituent la région atteinte ».

Le mot éléphantiasis fut créé par les Arabes vers le ix^e siècle de notre ère, sous le nom de dal-el-phil, pied d'éléphant.

L'éléphantiasis fut longtemps considéré comme une espèce morbide; ainsi compris, le chapitre unique de l'éléphantiasis se trouvait renfermer un grand nombre de groupes fort distincts, qui en furent détachés successivement selon la conception étiologique et pathogénique à laquelle se ralliaient les différents auteurs.

Besnier déjà, en 1873, montre qu'il n'y a pas un éléphantiasis nettement défini, mais des états éléphantiasiques dont les causes sont multiples. Plus tard, Sabouraud insiste sur l'importance extrême de l'infection streptococcique. Mais peu après, des faits nouveaux autorisèrent à penser que le streptocoque n'est pas toujours en cause, que l'on peut rencontrer d'autres espèces microbiennes.

Actuellement, on distingue des éléphantiasis mécaniques et des éléphantiasis infectieux. Mais le groupe des éléphantiasis mécaniques tend à être démembré au profit des éléphantiasis infectieux. Cependant, deux variétés cliniques semblent plaider en faveur de l'origine mécanique :

L'éléphantiasis filarien et l'éléphantiasis consécutif à l'inflammation ou l'ablation chirurgicale des ganglions lymphatiques. Mais ils ne constituent pas des preuves décisives : en effet, il n'y a pas de relation constante entre la filaire et l'éléphantiasis, la filaire pouvant être en abondance, sans qu'on note l'éléphantiasis. Comment expliquer, aussi, que les capillaires du membre inférieur soient toujours pris systématiquement, tandis que ceux du foie, du poumon sont épargnés ? De même, l'éléphantiasis chirurgical n'est peut-être pas dû à l'ablation ganglionnaire, mais aux propagations inflammatoires qui peuvent survenir comme épiphénomène après l'ablation des ganglions.

Donc, c'est une infection qui domine la pathogénie de l'éléphantiasis, elle peut être de causes multiples :

Le streptocoque est souvent en jeu, mais non aussi constamment que le pensait Sabouraud ;

Le staphylocoque blanc a été retrouvé par Tribondeau ;

Le pneumocoque est décrit par Brault dans un cas de macroglossie à poussée éléphantiasique ;

Le diplocoque encapsulé (Renou) ;

Un bacille pseudo-diphtérique (Bureau) ;

Le tétragène (Malherbe).

Quelquefois plusieurs microbes sont réunis, c'est une infection polymicrobienne : cas d'éléphantiasis se développant autour des lésions ulcéreuses banales, siège d'infections secondaires.

Infection syphilitique. — Une place à part doit

être réservée à cette forme qui présente quelque rapport avec la tuberculose ; comme celle-ci, elle peut revêtir deux formes principales :

Premier forme. — Le point de départ serait les lésions ulcéreuses tertiaires, vulvaires ou vaginales.

Deuxième forme. — Plus caractéristique, car elle ne se développe pas au voisinage de la lésion ulcéreuse. C'est une affection de la période tertiaire, qui se présente comme un syphilome hypertrophique diffus, évoluant vers la transformation scléreuse et donnant naissance à ces déformations monstrueuses de la verge et du scrotum.

Infection tuberculeuse.

Il est donc prouvé, à l'heure actuelle, que le mot éléphantiasis ne correspond pas à une maladie unique et que l'on a englobé sous ce nom une foule d'états morbides divers.

Il faudrait par conséquent donner des descriptions distinctes pour chacune de ces grandes variétés. C'est ce que nous essaierons de faire pour l'éléphantiasis tuberculeux.

ÉLÉPHANTIASIS TUBERCULEUX

L'une des premières observations d'éléphantiasis tuberculeux est citée dans une thèse du Dr Quos de Leipzig. C'est un éléphantiasis secondaire à un lupus. En 1886, dans sa thèse, Coculet a pu en réunir 7 observations ; enfin de nouveaux cas ont été publiés.

Mais à côté de l'éléphantiasis venant compliquer une ulcération tuberculeuse ou un lupus, la clinique et le laboratoire ont permis de distinguer deux autres formes :

D'abord l'éléphantiasis non consécutif à la tuberculose de la peau, mais dont la tuberculose constitue le facteur essentiel, sinon unique. Ce sont des éléphantiasis survenant chez des malades atteints de tuberculose quelconque, tuberculose pulmonaire, tuberculose ganglionnaire, articulaire ou osseuse.

Enfin un syndrome éléphantiasique dû au bacille de Koch, indépendamment de tuberculose cutanée caractéristique.

C'est cette forme la plus récente, et si les observations en sont encore peu nombreuses, on est en droit de penser que le perfectionnement des tech-

niques microscopiques et bactériologiques en montrera bientôt toute l'importance.

DIVISION. — 1° *Éléphantiasis locale généralement secondaire à l'infiltration lupique ;*

2° *Éléphantiasis non consécutif à la tuberculose de la peau ; mais dont la tuberculose constitue le facteur essentiel ;*

3° *Syndrome éléphantiasique dû au bacille de Koch.*

Nous allons étudier chacune de ces trois formes.

Éléphantiasis dû à une tuberculose localisée (Lupus)

Cette première forme de l'éléphantiasis tuberculeux est certainement la mieux connue ; on en possède un assez grand nombre d'observations.

Les rapports du lupus et de l'éléphantiasis furent entrevus dès 1820 par Bielt lorsqu'il dit dans son *Abrégé pratique des Maladies de la Peau* : « Le visage peut acquérir un volume véritablement prodigieux ; les joues molles et flasques deviennent énormes, faciles à malaxer, elles présentent un tissu qui conserve jusqu'à un certain point l'impression du doigt et offrent assez bien un état analogue à celui des parties qui sont le siège d'éléphantiasis. »

Cependant, à cette époque, on n'admettait pas encore complètement la nature tuberculeuse du lupus, et ce n'est que longtemps après, vers 1883, à la suite des expériences d'Hippolyte Martin, les recherches de Cornil et Leloir, de Pfeiffer, de Demme, de Krause et Schuchardt qu'on reconnut le rôle prédominant de la tuberculose dans la pathogénie du lupus et par conséquent de l'éléphantiasis qui survient secondairement au lupus. Cependant, l'élé-

phantiasis reste une complication rare du lupus : sur 500 cas observés par Vidal, et rapportés dans la thèse de Coculet, il n'y a que quatre observations d'éléphantiasis ; il ne parle que de l'éléphantiasis des membres qui est de beaucoup le plus fréquent et siège surtout aux membres inférieurs : pied et jambe.

Huguier, Devergier, Rayer ont décrit une variété de lupus vulvaire, chez la femme, sous le nom d'esthiomène, lupus déterminant souvent un éléphantiasis de la région.

C'est Hébra, surtout, qui a décrit le lupus éléphantiasique ; il y consacre un assez long article dans la dernière édition de son *Traité des Maladies de la Peau*, mais il ne cite pas d'observation.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Nous ne connaissons pas de cas dans lequel le lupus se serait greffé sur l'éléphantiasis. Donc jusqu'ici, dans les rapports de ces deux affections, le lupus est toujours primitif et l'éléphantiasis n'est que secondaire, ne survenant que comme complication.

Nous devons étudier leur rapport et voir comment un lupus peut donner naissance à l'éléphantiasis.

Les causes occasionnelles et prédisposantes sont multiples : congestions, inflammations, lymphangite et adénites, œdème chronique ; toutes complications inhérentes à l'évolution de la lésion. Et de même,

tout ce qui peut tendre à entraver la circulation dans la région atteinte de *lupus* : grossesse, affections cardiaques, station debout, varices, érysipèle, etc...

Chez nous, sous nos climats, ce seront de préférence les causes locales qui agiront ; il ne faut pas nier toutefois l'action des causes générales : la scrofule ne prédispose pas seulement au *lupus*, mais encore à l'éléphantiasis.

Parfois, soit sous l'influence de causes difficilement appréciables, soit après quelques excès alcooliques, soit encore chez les femmes à l'époque menstruelle, soit enfin après l'ingestion ou l'application de certains médicaments, la congestion augmente et s'étend bien au delà des limites de la lésion.

Cette fluxion est le plus souvent passagère ; la rougeur et le gonflement se dissipent après quelques jours ; d'autres fois l'état général est un peu touché, elle s'accompagne d'un peu de température qui signale le début de l'inflammation des tubercules lupiques.

Ils se tuméfient alors, s'ulcèrent, deviennent douloureux ; la lymphangite réticulaire et la lymphangite des troncs lymphatiques ne sont pas rares, et comme conséquence on note de l'engorgement des ganglions lymphatiques de voisinage, qui n'appartiennent pas du tout à la symptomatologie du *lupus*.

Ces poussées lymphangitiques ou bien l'envahissement en profondeur de la néoplasie et les troubles qu'elle apporte à la circulation lymphatique, vont

quelquefois déterminer un œdème permanent des tissus sous-jacents au lupus.

Très rare au membre supérieur, on l'observe surtout aux jambes où il peut prendre les proportions considérables de l'éléphantiasis des Arabes. C'est alors la pachydermie avec sa prolifération conjonctive succédant à l'œdème chronique du lupus, comme à celui qui peut provoquer et entretenir toute autre lésion persistante de la peau : eczéma chronique, ulcère variqueux, etc.

Au point de vue du mode de production de l'éléphantiasis, voici ce que l'on trouve dans le *Traité de Hébra* :

« Les premiers symptômes de cet état éléphantiasique apparaissent de bonne heure sous forme d'un œdème chronique. Toutes les hyperémies et inflammations chroniques entretiennent un œdème de ce genre, et cet effet a lieu d'autant plus facilement que la partie malade occupe une position plus déclive, plus éloignée du tronc.

L'éruption à marche continue du lupus s'accompagne d'états hyperémiques ou même inflammatoires et entretient un œdème léger.

Ce dernier doit son notable accroissement aux inflammations de lymphangite qui surviennent de temps en temps.

Les abcès intercurrents, la périostite, la carie, la nécrose des os, les suppurations qui accompagnent souvent les complications, les cicatrices rétractées qui pénètrent profondément, toutes ces causes sont

bien de nature à entretenir l'œdème chronique des membres affectés de lupus, grâce aux troubles actifs et passifs de la circulation qui leur sont propres.

Un œdème de ce genre produit non seulement une augmentation passagère de volume dans les parties envahies, mais encore amène, comme nous l'avons signalé plus haut, la formation de tissu conjonctif nouveau, l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané de la peau dans toutes ces couches, la dégénérescence connective des muscles.

Le membre affecté devient ainsi définitivement épaissi, déformé et relativement immobile pour cette raison, et aussi par suite de la métamorphose musculaire.

En un mot, on voit se développer complètement tous les caractères de l'éléphantiasis des Arabes.

En résumé, l'éléphantiasis est produit ici par un mécanisme qui est commun à tous les éléphantiasis secondaires.

Et ceci nous amène à nous demander si l'éléphantiasis lupique est bien un éléphantiasis tuberculeux. En effet, l'éléphantiasis peut succéder à un lupus comme il peut venir compliquer une ulcération tuberculeuse de la vulve par exemple (obs. de Bender).

Mais si, dans ces cas, le lupus relève bien nettement de la tuberculose, lésion primordiale, la pachydermie et l'œdème éléphantiasique n'ont-ils pas pour origine une infection secondaire surajoutée (streptocoque, staphylocoque, etc.).

A l'appui de cette interprétation, M. Danlos rap-

pelle l'observation d'une de ses malades (*Annales de Dermatologie*, 1902). On avait noté, comme dans l'éléphantiasis ordinaire, des poussées de lymphangite aiguë, différentes par conséquent de la lymphangite tuberculeuse qui est essentiellement chronique.

Mais même dans ce cas, M. Darier pense qu'il s'agit là d'un cas de lymphangite tuberculeuse avec cellules géantes et bacilles.

M. Dominici, de son côté, tout en montrant le rôle prédominant de l'adénite, tronculite et radiculite oblitérante tuberculeuses dont le lupus est le point de départ, se demande si l'infection tuberculeuse est bien capable, à elle seule, de produire un éléphantiasis, ou si elle joue seulement le rôle de cause prédisposante, créant par suite des altérations des troncs et ganglions lymphatiques un terrain propice au développement d'une infection ultérieure ? Jusqu'ici l'étude bactériologique et l'inoculation sont insuffisantes et ne permettent que des probabilités sans donner une certitude.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas à étudier dans ce chapitre l'anatomie pathologique du lupus, ni celle de l'éléphantiasis ; nous nous occuperons uniquement des modifications anatomiques qui accompagnent la transformation d'un lupus en éléphantiasis.

Le plus souvent, l'évolution anatomique aboutit à

l'atrophie cicatricielle ; un tubercule qui guérit spontanément est envahi dans la plupart de ses éléments cellulaires par un dépôt de granulations graisseuses qui les rendent troubles, ils se ratatinent, leurs contours sont moins nets ; en même temps les vaisseaux dilatés se rétrécissent, les papilles s'affaissent et on a une cicatrice déprimée et inégale.

Quelquefois, le processus est différent : on trouve un nouveau tissu conjonctif hypertrophique qui s'étend au delà de l'infiltration lupéuse, la peau devient épaisse, dure, criant sous le scalpel ; elle se fond avec le tissu cellulaire sous-cutané et la coupe présente un aspect lardacé, comparable à l'éléphantiasis des Arabes.

La surface en est plate et recouverte d'une mince couche épidermique (éléphantiasis lœvis glabra) ou bien légèrement bosselée (éléphantiasis tuberosa), ou enfin les papilles mêmes sont considérablement agrandies et font saillies sous forme d'excroissances verruqueuses.

En général, l'épiderme présente, outre l'allongement des bourgeons interpapillaires, un épaissement notable de toutes les couches et contient de nombreuses cellules migratrices dans le corps muqueux.

La couche granuleuse est, ainsi que la couche cornée, très épaisse.

Les artères et les veines sont dilatées par suite de l'inflammation chronique ; les lymphatiques apparaissent dilatés et tortueux.

Les ganglions sont quelquefois augmentés de

volume, indurés, adhérents ou non au tissu voisin.

Enfin, le tissu fibreux (éléphantiasique) est souvent parsemé de jeunes amas de lupus qui permettent d'en reconnaître l'origine lupeuse.

SYMPTOMES

L'éléphantiasis qui peut compliquer toutes les formes du lupus et de la tuberculose des membres, se produit le plus souvent aux membres inférieurs, mais il peut survenir aussi aux bras et à la face.

Il s'installe progressivement et insidieusement, souvent à la suite de ces congestions œdémateuses spéciales que Leloir a dénommées œdème blanc ou érysipèle blanc,

La symptomatologie du lupus éléphantiasique est celle des états éléphantiasiques en général, mais il présente en outre quelques caractères : c'est d'abord sur une peau épaisse et transformée en ulcération témoignant de l'extension en surface du processus lupique.

On y voit aussi des cicatrices profondes, étendues, adhérentes à l'os, donnant au membre un aspect irrégulièrement capitonné.

Enfin, on remarque généralement des excroissances en forme de framboise sur la face dorsale du pied et se continuant sur la partie supérieure des orteils, dans la région du cou-de-pied ; elles sont rouges, hautes de plusieurs millimètres, d'un dia-

mètre de 1 à 5 centimètres, dures, mamelonnées, fendillées, saignant facilement.

Ce sont les seuls caractères qui le distinguent d'un éléphantiasis vulgaire.

Aux membres inférieurs. — La jambe a pris un volume double ; sa forme est cylindrique et elle se continue sans ligne de démarcation avec le dos du pied qui est tuméfié comme un coussin, dit Hébra : l'ensemble représente une patte analogue à un pied d'éléphant s'étendant vers la saillie des orteils.

L'œdème est parfois tel que la peau est refoulée au niveau des orteils et des intervalles interdigitaux, et que la jambe prend l'aspect d'une botte de ventouse Junod. La peau est partout très épaissie, elle forme en quelques points des bourrelets durs et épais, et adhère intimement aux tissus sous-cutanés, aussi est-il impossible de la pincer.

L'épiderme est par places brillant, ichtyosiforme ; il peut s'épaissir jusqu'à revêtir l'aspect de plaques de lichen corné, surtout aux régions péri-malléolaires.

Il faut bien des années pour que l'altération éléphantiasique atteigne ces proportions. Dans l'intervalle le lupus peut s'être arrêté et il est alors difficile de discerner le lupus qui fut le point de départ de la transformation éléphantiasique. D'ailleurs, on peut voir le lupus s'étendre à une région jusque-là indemne ; la présence de ces foyers lupeux ou des cicatrices permet de déduire facilement la connexité des symptômes actuels. D'autres fois, l'éruption

lupeuse se développe parallèlement à l'éléphantiasis, par poussées successives.

Au membre supérieur. — Au membre supérieur, surtout à l'avant-bras, à la main et aux doigts, l'épaississement éléphantiasique des parties molles, des os, et la déformation consécutive de la main n'atteignent pas le même degré qu'aux membres inférieurs.

Au visage. — La bouffissure des traits déforme la physionomie, efface les sillons.

Les yeux apparaissent comme deux points perdus dans la tuméfaction des paupières, les lèvres très hypertrophiées rétrécissent la bouche, c'est cet aspect de la face qu'on désignait autrefois par le nom de « face léonine ».

Organes génitaux. — Les organes génitaux sont exceptionnellement envahis par ces lésions. La rareté du lupus à ce niveau l'explique suffisamment.

Il ne faut pas croire, en effet, que le mot esthiomène de la vulve soit synonyme de lupus de la vulve comme le soutenait Huguier. L'esthiomène, mieux dénommée : sclérème ano-génital, est une induration hypertrophique plus ou moins volumineuse de la vulve, qui peut être provoquée par toutes les ulcérations vulvaires spécifiques ou non, et entretenues par la misère physiologique, la malpropreté locale, une mauvaise hygiène.

De même qu'une ulcération syphilitique ou néoplasique, une ulcération tuberculeuse peut en être le point de départ, et c'est ainsi qu'on a pu recueillir

plusieurs observations d'éléphantiasis tuberculeux de la vulve, secondaire à une ulcération tuberculeuse.

PRONOSTIC

L'éléphantiasis tuberculeux avons-nous vu, a une marche très lente, insidieuse, coupée seulement de quelques accès dont on retrouve le type dans plusieurs observations.

Le pronostic serait donc relativement bénin, s'il n'y avait toujours à redouter la généralisation de la tuberculose.

Le mécanisme d'après lequel la tuberculose locale pourrait déterminer la tuberculose pulmonaire se ferait par l'intermédiaire de la lymphangite. Mais un problème se pose, dans l'éléphantiasis où la lymphangite est fréquente, n'y a-t-il pas également une plus grande fréquence de tuberculose par infection généralisée?

Etant donné deux lupus, l'un n'atteignant que les couches superficielles, l'autre envahissant les tissus profonds.

Dans le premier cas, le pronostic est bien plus favorable, car il est beaucoup plus facile d'atteindre les parties malades ; dans le second cas il est quelquefois impossible d'atteindre les prolongements, et justement cette seconde forme se voit surtout dans le lupus éléphantiasique dont elle est une des causes.

Nous allons voir jusqu'à quel point la thérapeutique peut nous permettre d'atténuer ce pronostic.

TRAITEMENT

En présence d'un éléphantiasis tuberculeux, on doit instituer un double traitement :

Traitement général de la cause ;

Traitement local de l'éléphantiasis.

Le *traitement général* est celui de toute tuberculose : à l'hygiène, au repos, il faudra associer les médicaments toniques : l'iode (sirop iodo-tannique), l'huile de foie de morue, les arsenicaux, les ferrugineux : il faut prolonger ce traitement fort longtemps afin d'empêcher la généralisation tuberculeuse.

Le *traitement local* est celui de l'éléphantiasis : on a préconisé la compression élastique par *bande de caoutchouc*, en ayant soin de partir des extrémités, les doigts étant enveloppés isolément. Il faut joindre la position élevée du membre.

L'*électricité*, dont Moncorvo et Silva d'Arango sont les principaux promoteurs, serait le traitement spécifique de l'induration éléphantiasique ; ramollissement, puis résorption des tissus, tels seraient les résultats acquis dans les cas rebelles à toute thérapeutique.

On peut essayer les applications de *radium*, mais son action est très faible, du moins avec l'intensité radiante dont nous disposons.

Le *permanganate de potasse* a été employé à l'état de pâte : pour empêcher la réduction de ce produit, M. Danlos emploie comme agglutinatif une substance minérale liante, mais inoxydable. On peut utiliser le silicate de soude ou l'alumine gélatineuse. M. Danlos emploie cette dernière pour rendre l'action de cette pâte plus efficace, on peut la faire précéder par un curettage.

OBSERVATIONS

Nous rapportons comme type d'éléphantiasis tuberculeux venant compliquer un lupus, une observation de Coculet (1886).

OBSERVATION VII. — Homme, soixante-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Ganglions du cou, conjonctivite.

Dès l'enfance présente des saillies rougeâtres sur le dos du pied, puis les doigts.

Marié à vingt-six ans.

Depuis l'enfance, une ou deux fois par an : poussées de lymphangite (frissons, céphalées, nausées, anorexie), femme morte tuberculeuse, malade dix-huit mois.

En 1869, fluxion de poitrine.

Il y a cinq ans : hémoptysie.

Il y a deux ans : tenticule gauche volumineux, s'abcède et laisse fistule à la partie postéro-inférieure.

Depuis six mois : amaigrissement, toux, sueurs, perte d'appétit.

Il y a huit jours : accès de lymphangite.

Etat actuel :

Membre supérieur. — Sur la région dorsale du poignet droit et de l'avant-bras, plaies légèrement ulcérées à bords irréguliers, sinueux, s'étendant jusqu'au poignet, arthrite fongueuse du poignet, non douloureuse, avec plaie et trajets fistuleux sur la face antérieure du poignet.

Au pouce : large plaie ulcéreuse superficielle de même à l'index et l'annulaire. Arthrite métacarpienne du petit doigt.

Avant-bras. — Tubercules squameux, à chaque extrémité du pli de flexion du coude, ces tubercules sont couverts de squames d'aspect pytiriasique.

Sur la partie latéro-interne et sur la partie moyenne se voient des traces de cicatrices résultant de poussées lupiques anciennes, tissus des avant-bras un peu sclérosés, gonflement péri-articulaire au poignet.

Bras gauche. — A la partie interne du pli du coude, tubercules squameux, larges comme une pièce de 50 centimes.

Jambes et pieds. — Gonflés des deux côtés, surtout à droite ; ces régions présentent une peau lisse, de coloration teintée de plaques rouges ; la peau est lisse, glabre, elle est le siège d'un œdème qui est caractérisé par des plis que produisent sur les tissus la trace des bandes.

Jambe droite. — Gonflement se montre de la partie moyenne de la jambe ; à ce niveau : œdème marqué à la pression du doigt, saillies irrégulières sur bord antérieur et la face interne du tibia.

Le malade nie la syphilis, pas de douleurs ostéocopes. A la partie postéro-interne de jambe, cicatrice datant de l'enfance, résultant de l'ouverture d'un abcès ; à côté il y en a d'autres petites ; entre elles : tissu dur, sclérosé.

Cou-de-pied. — Champignons longueux, tuberculeux, avec fistules communiquant probablement avec l'articulation du cou-de-pied. Mouvements cependant assez bien conservés.

Dans le pli de flexion, au-dessus du talon, à la partie interne, on trouve au voisinage des tubercules, un peu d'ichthyosis cornée au début.

Pied. — Très gonflé.

Au bord interne : cicatrice ancienne.

Sur la face dorsale, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne : teinte rougeâtre due à l'infiltration lupique.

Cette infiltration s'étend sur la face dorsale des doigts de pied, ceux-ci, presque accolés ensemble et se couvrant les uns les autres, peuvent être facilement écartés.

Jambe gauche, tiers supérieur et inférieur : cicatrice profonde, large comme une pièce de 0 fr. 50.

Dans le tiers inférieur de la jambe, même lésion qu'à droite au pli talonnier.

Tibio-tarsienne gonflée. Mouvements libres. Cependant, il y a une sorte d'empâtement péri-articulaire, l'ichthyosis ne siège pas seulement sur le côté interne, il est plus accentué à l'externe : à ce niveau, on voit deux ou trois cicatrices anciennes.

Les lésions de la face dorsale sont peut-être moins accentuées que du côté opposé.

Longue infiltration lupique ulcérée au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes du pouce, et remontant le long du bord interne vers le talon.

Lésions génitales : au niveau de la partie postérieure et inférieure de la bourse gauche : il existe un fungus tuber-

culeux bourgeonnant, saillant à l'extérieur, non douloureux, large comme une pièce de 5 francs.

A droite, épididymite tuberculeuse à coloration rouge vineuse, non-douloureuse. Ganglions inguinaux droits gonflés, non-douloureux.

Pas de ganglions poplités.

Poumons. — Sommet droit (fosse sus-épineuse): légers craquements.

Cœur. — Rien.

AUTRES OBSERVATIONS RAPPORTÉES DANS LA THÈSE
DE COCULET

OBSERVATION I (Personnelle, Résumée).

Tubercules sur le dos du poignet, avec poussées de lymphangite à répétition.

Poussées lupiques sur la face dorsale de l'avant-bras.

En même temps, œdème à chaque poussée. Plus tard, il persista un certain degré d'œdème, puis l'œdème devint considérable.

Mouvements très réduits.

Pas de ganglions dans aisselles ni au coude.

Traitement. — Vaseline, KI (5 gr.) à l'intérieur.

Grattage des tubercules sur face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

Améliorations notables: éléphantiasis a diminué.

Application d'une bande de caoutchouc.

OBSERVATION II (*Revue de Dermatologie*, Dr Quos, à la Polyclinique de Leipzig, 1885).

Lupus hypertrophique étendu, ayant envahi la tête, le membre inférieur droit.

OBSERVATION III (Malade de Vidal, 1886). — Lupus éléphantiasique du pied et de la jambe.

OBSERVATION IV. — Lupus tuberculeux, abcès tuberculeux dermiques et sous-dermiques des deux membres inférieurs. Éléphantiasis consécutif.

OBSERVATION V. — Ulcérations avec éléphantiasis de la jambe et du pied gauche. Lupus éléphantiasique exedens du nez et des narines.

OBSERVATION VI. — Lupus tuberculeux éléphantiasique du pied gauche.

AUTRES OBSERVATIONS

OBSERVATION DE THIBIERGE (*Annales de Dermatologie*, 1896).

Homme de trente-cinq ans, atteint depuis son jeune âge d'un lupus éléphantiasique, consécutivement à une tuberculose des phalanges de l'index et de l'auriculaire. Le malade a eu un nombre considérable d'érysipèles du membre.

Dans ce cas on doit noter que l'érysipèle, loin d'avoir le rôle curatif qui lui a été attribué dans le lupus, n'a fait que surajouter son effet à celui de la tuberculose pour déterminer l'éléphantiasis.

OBSERVATION DE DANLOS (*Annales de Dermatologie*, 1902).

Femme, cinquante ans, présentant éléphantiasis du membre inférieur.

Sur ce membre on note :

1° Cicatrices à bords pigmentés ;

Ulcérations à bords épais et non décollés et sur le tibia une exostose ;

2° Bandes verruqueuses ayant l'aspect du lupus scléreux.

Au-dessous des plaques verruqueuses, surface hérissée de saillies papilliformes à centre vasculaire, comme on les voit dans le lupus scléreux.

Amélioration considérable par le traitement antisyphilitique.

Biopsie. — Fragments examinés par Gastou. Deux sortes de lésions :

Les unes nettement syphilitiques ;

Les autres tuberculeuses avec cellules géantes.

Donc, l'éléphantiasis était mixte : scrofulo-syphilitique.

OBSERVATION DE KREIBICH. — *Éléphantiasis d'origine lupique.* (*Wiener dermatologische gesellschaft*).

Dans ces cas d'éléphantiasis, le point de départ est un lupus de la jambe droite, qui à partir du genou a doublé de volume et est recouverte d'une peau épaisse calleuse et de cicatrices consécutives à des foyers exulcérés de lupus vulgaires.

Sur les orteils, dans les espaces interdigitaux, se trouvent des proliférations papillaires, compactes, mamelonnées.

Le lupus existe depuis quatorze ans.

L'éléphantiasis n'est survenu que depuis quatre ans.

Kreibich rappelle que Hébra et d'autres auteurs ont rapproché ces formes de lupus de la syphilis, dont les ulcères peuvent devenir le siège de l'éléphantiasis.

Toutefois, la présence des petites nodosités sur les jambes et à la plante des pieds éloigne plutôt l'idée de syphilis, car des efflorescences papuleuses ne persistent pas si longtemps.

Nous signalerons aussi les observations :

OBSERVATION D'ARNOZAN.

OBSERVATION DE KAPOST. — *Éléphantiasis secondaire à un lupus* (Société viennoise de Dermatologie, p. 51).

OBSERVATION DE LASSAR. — *Éléphantiasis de jambe développée sur des ulcérations lupiques* (Société berlinoise de Dermatologie, 1892).

OBSERVATION DE BALSER ET FAURE-BEAULIEU. — *Lupus éléphantiasique du pied avec ulcérations serpigineuses, consécutives à des atteintes répétées d'engelures* (*Annales de Dermatologie*, 1903, p. 54).

OBSERVATION DE BOWEN. — *Éléphantiasis from lupus* (*Boston M. et S. Journal*, 1905, p. 15).

OBSERVATION DE GOUGEROT. — (Cas 99, dans la *Revue de la tuberculose*, 1908).

Éléphantiasis du membre supérieur gauche survenu lentement, insidieusement à la suite de tuberculose osseuse et ulcéreuse des doigts, chez une femme de quarante ans.

(Cas 100 dans la *Revue de la tuberculose*, 1908).

Éléphantiasis de la jambe droite chez un jeune lupique de vingt-trois ans, atteint de tuberculose pulmonaire au premier degré sous l'influence de la tuberculine sous-cutanée; ce malade a eu une réaction générale et locale de son éléphantiasis qui est devenu nettement plus gros et plus douloureux.

II

Éléphantiasis non-consécutifs à des tubercules de la peau, mais dont la tuberculose constitue pourtant le facteur pathogénique essentiel, sinon unique.

Tels, par exemple, les cas publiés par Guillemin, Bernabéi, Gastou et Goguel, Fiocre.

Dans tous ces cas, aucun examen bactériologique et anatomo-pathologique ne fut pratiqué. La tuberculose cependant semble jouer le rôle d'une cause prédisposante de premier ordre.

Nous ne dirons rien de la symptomatologie ni de la pathogénie qui ne se différencient pas de celles des autres formes.

Voici les observations que nous avons recueillies sur ce sujet.

OBSERVATION DE GUILLEMIN.

Jeune homme de seize ans. A quatre ans: deux abcès tuberculeux à la partie inférieure de la colonne vertébrale. Les deux abcès s'ouvrent à l'extérieur. L'un d'eux se tarit et se cicatrise; l'autre, à gauche, laisse une fistule intarissable.

A cinq ans et demi, le membre inférieur gauche augmente de volume, et progressivement s'installe un éléphan-

tiasis de ce membre et du scrotum. L'enfant est maigre et souffreteux. Rien aux poumons mais cystite bacillaire.

Il n'y eut pas d'examen bactériologique, ni anatomo-pathologique. Cependant l'étiologie tuberculeuse est nette.

OBSERVATION DE BERNABÉI. — *Éléphantiasis du bras gauche, post-scrofuleux et érysipélateux.* (*Presse médicale*, 13 août 1898.)

Femme de soixante-quatre ans. De trente-cinq à cinquante ans, manifestations tuberculeuses continuelles; adénopathies cervicales suppurées — axillaires — au bras gauche et à la cuisse gauche.

Il y a sept ans, érysipèle de la face. Il y a quelques mois, nouvel érysipèle de la face et du cou; puis persistance d'une tuméfaction. L'épaississement éléphantiasique commence actuellement sur la main, à la racine des doigts, remonte à l'avant-bras et diminue au bras.

Il y a 5 ou 7 centimètres de différence entre les circonférences prises au même niveau sur l'un et l'autre membre supérieur.

L'auteur admet que l'état éléphantiasique s'est développé sous l'influence d'un érysipèle; mais il pense que si cet érysipèle a été suivi si rapidement d'éléphantiasis, c'est que le membre préparé par dix-neuf années de scrofulose constituait un terrain particulièrement favorable au développement de ce dernier.

OBSERVATION DE GASTOU ET GOGUEL. — *Éléphantiasis du bras symptomatique d'une ostéo-arthrite probablement tuberculeuse du coude.* (*Annales de Dermatologie*, 1899.)

Homme de trente-quatre ans, présenta à l'âge de six ans une ostéo-arthrite du coude, et presque en même temps une éruption cutanée probablement tuberculeuse.

A douze ans et demi, cette lésion se fistulise et par les fistules s'éliminent de nombreux fragments osseux ; puis les fistules se ferment et pendant cinq ans le coude reste gros mais indolore. L'articulation paraît libre et effectue des mouvements peu étendus. A l'âge de vingt ans, l'avant-bras et le bras commencent à augmenter de volume avec au début des phénomènes inflammatoires qui cèdent rapidement. La main, l'avant-bras et le bras sont énormes. La peau de la main et de la face antérieure de l'avant-bras est luisante et marbrée. Celle de la face postérieure de l'avant-bras laisse sourdre un liquide jaunâtre. Plus tard, il y eut des trajets fistuleux au niveau de la tibio-tarsienne et gonflements, puis de la diarrhée et des symptômes de bronchite. Mais on ne trouva pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Les auteurs discutent la question de savoir si cet éléphantiasis est le résultat de la propagation d'une inflammation de voisinage au tissu conjonctif et aux lymphatiques, ou bien, s'il est consécutif à une lésion ganglionnaire.

Quoi qu'il en soit le terrain tuberculeux est un facteur important de la lésion.

OBSERVATION DE FIOCRE (Thèse de Paris, 1900-1901).

Femme de vingt-trois ans. A dix-neuf ans, elle a des adé-

nites inguinales tuberculeuses qu'on incise et qu'on draine. Un an après apparaît un œdème douloureux de la cuisse gauche qui envahit les régions génitales. La peau est épaissie, infiltrée, présente des vésicules perlées, striées, qui laissent sourdre de la lymphe à la piqure.

L'évolution se fait par poussées successives avec fièvre, rougeur et tuméfaction de la peau.

Aucun examen bactériologique ne fut pratiqué dans ce cas : mais, comme dans le cas précédent, il est possible qu'il s'agisse d'un éléphantiasis infectieux, peut-être streptococcique, évoluant sur un terrain préparé par la tuberculose et les altérations ganglionnaires supprimant le drainage lymphatique.

III

Syndrome éléphantiasique dû au bacille de Koch (semblable au syphilome hypertrophique diffus de Fournier).

Symptomatologie. — Ce syndrome apparaît chez des tuberculeux avérés, et indépendamment de toute tuberculose cutanée.

Les observations en sont peu nombreuses. Toutefois on peut, en une certaine mesure, établir une symptomatologie en se reportant à ces diverses observations.

Dans tous ces cas, on a affaire à des éléphantiasis des organes génitaux et nous décrirons successivement les symptômes chez la femme et chez l'homme, les cas rapportés ayant surtout été observés chez la femme.

Début. — Le début de l'affection est en général lent et insidieux. Il est caractérisé par une augmentation progressive de volume de la grande lèvre, par exemple.

A ce moment, les douleurs sont en général peu marquées. Certains auteurs n'en parlent pas, d'autres au contraire signalent quelques élancements dans l'aîne ou dans le membre inférieur.

Période d'état. — A la période d'état ce sont surtout les signes physiques qu'il importe d'étudier, les symptômes fonctionnels étant en effet irréguliers dans leur apparition. Le plus souvent la malade se plaint d'une gêne fonctionnelle, c'est une gêne mécanique due au volume des régions atteintes, cette gêne étant sur tout marquée dans la marche, ou dans la station assise.

La grande lèvre présente le plus souvent une masse ovoïde à grand axe vertical mesurant parfois de 12 à 15 centimètres de longueur et 5 à 6 centimètres d'épaisseur. Cette masse pourrait atteindre parfois la grosseur d'un scrotum d'adulte.

La peau est grenue, paraît épaissie, présentant un aspect éléphantiasique marqué. Parfois, cependant, elle est lisse.

Sa consistance est dure et élastique.

Dans certains cas, on rencontre des nodosités du volume d'un grain de mil ou d'un petit pois, les unes sont des bourgeonnements sessiles et irréguliers ; les autres tendent à s'énucléer, comparables au *molluscum pendulum*. Ces formations condylo-mateuses sont signalées très fréquemment par les auteurs (1). Parfois ces formations forment une véritable tumeur de la grosseur d'une petite noix, composée d'une série d'éminences lobulées, séparées par des plis profonds. Mais à ce niveau la peau est intacte et ne présente pas d'ulcérations.

1. Pøwerlein, Petit et Bender, Bender et Nandrot, Forgue et Massabau.

Chez l'homme, le début est également lent et progressif. On a signalé quelques douleurs dans l'aine, irradiant parfois jusque dans la région lombaire et la partie supérieure des cuisses. Ces douleurs sont peu intenses et cèdent au repos de la nuit.

Mais surtout une tumeur apparaît dans l'aine, pouvant atteindre le volume du poing. La peau qui la recouvre est épaissie et violacée, donnant à l'incision du pus et du sang, parfois une véritable lymphorrhée. Chose semblable apparaît en général de l'autre côté. Puis la verge et le scrotum augmentent de volume. L'œdème d'abord mou et lisse, intermittent, devient permanent et dur, ne permettant pas le godet à la palpation. A l'examen du malade, on constate au niveau des aines, que la peau d'aspect rouge violacé présente de profonds sillons, isolant des portions de peau épaissie. Sur certaines parties, on trouve un piqueté brunâtre. La peau, d'autre part, est rugueuse, à gros grains. La palpation, indolore d'ailleurs, montre une infiltration fibreuse et dure et une immobilité sur les plans profonds.

Dans les sillons il y a par place des surfaces suintantes et cicatrisées.

La verge est œdématiée, surtout au niveau du prépuce. Elle peut présenter de petites saillies blanchâtres, dures, donnant un aspect chagriné à gros grains.

Les bourses enfin, très hypertrophiées, revêtent parfois le volume d'une tête d'enfant.

L'épaississement est considérable. La coloration

dans le cas de Dujarier et Laroche était blanchâtre à la partie supérieure, violacée à la partie inférieure. La palpation montre que la peau est épaisse, de consistance fibroïde. Les testicules ne sont pas perceptibles, si ce n'est par la douleur testiculaire.

Dans tous les cas, on note les lésions typiques d'éléphantiasis.

Les auteurs, en outre, relatent dans un grand nombre d'observations un symptôme important qui est l'adénopathie.

Celle-ci, en effet, est parfois considérable, attirant au premier abord toute l'attention. Elle siège le plus souvent dans l'aîne, formant parfois un véritable gâteau qui se prolonge jusque dans la fosse iliaque.

Ces ganglions peuvent suppurer, et on a trouvé dans le pus s'échappant des fistules ganglionnaires, le bacille de Koch.

Cette adénopathie est signalée dans un grand nombre d'observations (absente toutefois dans les cas de Pœwerlein et Bender où les lésions étaient limitées strictement à la vulve). Ceci semble être une preuve du rôle que jouent les altérations des ganglions dans l'extension de l'œdème et des déformations.

Cette forme d'éléphantiasis a une marche habituellement lente. Ce n'est que progressivement que se développent les déformations, et on rencontre plus rarement des poussées aiguës fébriles si fréquentes dans les éléphantiasis streptococciques. Cependant parfois des poussées de lymphangite

apparaissent au cours de cette affection essentiellement chronique.

Ces poussées inflammatoires ont pu être dans bien des cas une cause occasionnelle possible de ces déformations, mais les lésions primitives et essentielles dans le cas de Boursier par exemple, s'étaient développées sans épisode aigu.

Dans le cas de Forgeue et Massabuau, vers la fin de la maladie, les poussées de lymphangites superficielles étaient, comme le font remarquer ces auteurs, des érysipèles blancs de nature mal définie, que l'on rencontre parfois autour des lésions tuberculeuses ou syphilitiques.

La durée de cette forme est très variable. On peut dire qu'elle est longue, évoluant des mois et des années. D'ailleurs, si l'état reste stationnaire pendant plus ou moins longtemps au niveau de la région primitivement atteinte, le processus éléphantiasique envahit les membres inférieurs, la région inguinale, les petites lèvres, et dans le cas de Mériel, la région clitoridienne.

L'extension aux parties voisines survient souvent après une poussée de lymphangite ou d'érysipèle envahissant les régions anales et périnéales comme dans le cas de Boursier.

Enfin des fistules entretenant une suppuration interminable peuvent venir compliquer l'état du malade.

Le plus souvent les malades ont été opérés (extirpation des masses hypertrophiées) mais des *réci-*

dives sont venues dans bien des cas assombrir le pronostic. La récurrence en effet est survenue plus ou moins rapidement sur des cicatrices ou des parties voisines.

Dans le cas de Petit et Bender, récurrence deux mois après l'opération, avec état scléromateux végétant des tissus, sans aucune ulcération.

Dans le cas de Boursier, récurrence deux ans après l'opération sur la grande lèvre du côté opposé, avec éléphantiasis des membres inférieurs.

Dans le cas de Forgue et Massabauu récurrence quelques mois après l'opération au niveau de la cicatrice vulvaire avec accentuation de l'œdème des membres inférieurs.

Dans les cas de Pœwerlein, Bender et Nandrot, Dujarier et Laroche, on ne signale pas de récurrence.

Mais la plupart du temps, ces malades ne tardent pas à présenter des *lésions tuberculeuses viscérales* entraînant la mort plus ou moins rapidement :

Dans le cas de Mériel, sept ans après, lésion du sommet droit.

Dans le cas de Boursier, onze ans après, lésions tuberculeuses du poumon et tuberculose végétante du col utérin.

Dans le cas de Forgue et Massabauu, deux ans après, mort par lésions pulmonaires avec hémoptysies.

Pronostic. — Le pronostic est donc aggravé par la fréquence des récurrences et par le développement

simultané ou ultérieur des tuberculoses viscérales surtout pulmonaires.

Diagnostic. — Quant au diagnostic de cette forme d'éléphantiasis tuberculeux sans ulcération, il est extrêmement difficile, « pour ainsi dire impossible » ajoute Bender. Cet auteur ajoute d'autre part : « Les lésions n'ont vraiment rien de pathognomonique et la tuberculose peut revêtir le masque de toutes les néoplasies vulvaires. »

L'œdème chronique local est facilement reconnu par sa consistance pâteuse, par le godet d'œdème, par ce fait qu'il n'y a pas de poussées lymphangitiques. Cependant il peut aboutir secondairement à l'éléphantiasis.

En général, on fait assez facilement le diagnostic d'éléphantiasis vulvaire, bien que Pœwerlein ait fait dans le cas que nous rapportons le diagnostic de sarcome de la vulve.

Cependant la syphilis tertiaire peut donner lieu à un syndrome ressemblant sur bien des points à la tuberculose; nous voulons parler du syphilome hypertrophique diffus à forme éléphantiasique, comparable au syphilome de la lèvre supérieure décrit par Fournier.

Le diagnostic en est difficile, cette manifestation syphilitique n'étant que rarement améliorée par le traitement spécifique classique (1).

1. A. Fournier et Millian signalent 1 cas de rétrocession de la tumeur par le traitement au calomel et à l'iodure de potassium.

Cependant certains points plaideraient en faveur de la syphilis ; ce sont : l'absence de toute lésion locale originelle, la spontanéité du début, la coexistence d'accidents syphilitiques en d'autres points du corps, l'évolution torpide sans douleur, sans réaction inflammatoire. La tuberculose, on le voit, peut revêtir la même allure. C'est Ravogli qui a démontré la nature syphilitique de cette affection en constatant dans les vaisseaux la présence du tréponème.

La tuberculose de même ne peut être dépistée que par un examen plus approfondi.

Comme le fait remarquer Bender :

« La biopsie ne fournit qu'un secours très aléatoire. Les granulations tuberculeuses sont si discrètement disséminées, et souvent aussi, si profondément situées qu'il faudrait beaucoup de chance pour en rencontrer dans le fragment excisé.

» Le plus souvent le diagnostic restera en suspens. La tuberculose ne pourra être reconnue qu'après l'opération à la suite d'un examen histologique très complet des parties excisées. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique a été bien étudiée par les auteurs dont nous rapportons les observations : Pöwerlein, Petit et Bender, Bender, Mériel, Boursier, Dujarier et Laroche, Forgue et Massabau.

Nous étudierons les lésions :

1° Au niveau de la tumeur éléphantiasique ;

2° Au niveau des ganglions.

1° Au niveau de la tumeur éléphantiasique

Épiderme. — La couche cornée est la plupart du temps épaissie, par places elle est normale. Dujarier et Laroche ont trouvé quelques cellules de la couche cornée, nucléées.

Le corps muqueux de Malpighi est parfois normal, d'autres fois il est aminci ou hypertrophié.

Les cônes interpapillaires sont allongés et souvent amincis. En d'autres endroits les prolongements interpapillaires peuvent s'anastomoser en réseau s'étendant profondément et remaniant le derme.

Les cellules de la génératrice sont parfois mal rangées. Quant à la membrane basale elle est souvent dissociée à l'extrémité des cônes papillaires.

Les papilles dermiques sont plus ou moins élargies, hypertrophiées, formées de fibrilles collagènes fines, parsemées d'assez nombreuses cellules fixes, polygonales et anastomosées. A cette condensation de fibrilles s'ajoute parfois un peu d'œdème.

La couche sous-papillaire est très épaissie, infiltrée par la sérosité d'œdème qui dissocie plus ou moins les faisceaux fibreux. Mais surtout il y a une réaction lympho-conjonctive marquée, caractérisée par des traînées denses se prolongeant dans la couche

moyenne du derme. Elle est intense surtout autour des vaisseaux dont les parois sont épaissies.

Enfin cette réaction lymphocytaire revêt par endroits le type nodulaire, à bords mal délimités, formés de cellules mononucléaires : les unes basophiles d'autres moins nombreuses acidophiles tendant vers la dégénérescence épithélioïde.

Il est important de noter la présence au centre de ces nodules, de une ou plusieurs cellules géantes.

Dans les cas de Pœwerlein, Petit et Bender, Bender, on trouva d'après ces auteurs des nodules tuberculeux typiques, avec au centre une ou deux cellules géantes environnées d'une double couronne de cellules épithélioïdes.

Il y avait d'autre part un petit nombre de plasmazellen et une grande proportion de mastzellen.

La recherche du bacille de Koch par la méthode de Ziehl fut positive dans les cas de Petit et Bender et Bender ; elle fut négative dans ceux de Pœwerlein (là notamment la recherche fut pratiquée sur une pièce ayant séjourné sept ans dans l'alcool) négative encore dans les cas de Dujarier-Laroche, Forgeue et Massabuau.

Entre les granulations tuberculeuses, on trouve soit du tissu fibreux œdématié, soit du tissu conjonctif avec transformation myxœdémateuse partielle.

Quelques-unes des glandes sudoripares présentent une prolifération adénomateuse (Forgeue et Massabuau).

Les vaisseaux capillaires et les lymphatiques enfin

sont dilatés, avec tuméfaction des cellules endothéliales et périthéliales (Dujarier et Laroche).

Les végétations que nous avons signalées au niveau de la surface cutanée présentent à peu près les mêmes lésions. L'épithélium est épaissi par endroits. Quant au stroma, il est formé de tissu fibreux, dense, œdémateux avec des vaisseaux lymphatiques dilatés et néoformés surtout à la partie centrale de la végétation. A la périphérie (sous l'épithélium) on trouve également quelques nodules.

2° Au niveau des ganglions

Au niveau des ganglions la réaction lympho-conjonctive est intense, les cellules géantes sont très nombreuses. On trouve des zones de caséification et de nécrose.

En résumé, « la différence capitale entre l'éléphantiasis non spécifique et l'éléphantiasis tuberculeux réside dans la structure de la prolifération inflammatoire périvasculaire qui est la lésion essentielle de tout éléphantiasis.

» La prolifération inflammatoire caractérise le premier cas, l'inflammation nodulaire tuberculeuse, le second.

» Cette forme peut être appelée par analogie avec la syphilis : le tuberculome hypertrophique à tendance scléreuse » (Forgue et Massabuau).

Dujarier et Laroche poussèrent leurs recherches plus loin, et, en plus de l'examen histologique très

complet des pièces enlevées au cours des interventions, ces auteurs pratiquèrent l'épreuve à la tuberculine et l'inoculation à l'animal.

La réaction à la tuberculine fut positive ; mais le fait que le sujet était tuberculeux n'impliquait pas nécessairement l'origine tuberculeuse des lésions élephantiasiques.

L'inoculation au lapin fut pratiquée. Cinquante jours après, l'animal présentait au niveau de l'inoculation d'un fragment de ganglion un cordon lymphangitique avec adénite qui suppura, et trois mois et demi environ après l'inoculation, l'animal mourut et son autopsie montra des lésions tuberculeuses généralisées : hépatique, splénique et pulmonaire. Quant au fragment de peau inoculé, il s'était résorbé peu à peu sans déterminer de réaction locale.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'étiologie et la pathogénie sont encore assez obscures. Il est indéniable que la tuberculose soit en jeu. Mais le rôle et le mode d'action du bacille de Koch sont d'interprétation difficile.

Bender a essayé, à propos de la tuberculose vulvaire, de rechercher les causes de cette affection et pour lui, les facteurs étiologiques à invoquer varient selon que la tuberculose vulvaire est primitive ou secondaire.

Causes prédisposantes. — Mais auparavant, disons qu'il est des causes prédisposantes : la tuberculose

vulvaire atteint surtout les sujets à antécédents tuberculeux nets, elle atteindrait de plus les femmes multipares ayant eu des infections génitales antérieures.

Dans le cas de Petit et Bender, les premiers symptômes de l'affection apparurent au cours d'une grossesse.

Dans le cas de tuberculose secondaire de la vulve, l'affection peut survenir au cours d'une tuberculose viscérale, pulmonaire ou intestinale, le bacille évolue alors par l'intermédiaire du milieu sanguin ou lymphatique du foyer primitif vers le foyer secondaire.

Dans d'autres cas, les plus fréquents d'après le même auteur, les germes seraient transportés par des linges souillés par des crachats ou par des selles diarrhéiques (tuberculose primitive secondaire de Pozzi).

Si la tuberculose vulvaire est primitive, il pourrait y avoir apport du bacille par les mains et les doigts. Parfois il y aurait inoculation directe par les rapports sexuels (Rieck-Montgomery), mais il faut qu'il existe dans ce cas une solution de continuité au niveau de la vulve ou du vagin.

Pour Bender le traumatisme est un facteur important, créant un lieu de moindre résistance.

Ces causes pourraient être invoquées dans le cas d'éléphantiasis tuberculeux sans ulcération.

D'ailleurs, on peut se demander si souvent une tuberculose latente ne se réveille pas après un trau-

matisme quelconque, parfois léger. De plus, la porte d'entrée du bacille peut passer inaperçue : une solution de continuité peut avoir complètement disparu au moment où les lésions tuberculeuses sont nettement constituées en tuberculome hypertrophique diffus.

Mais dans toute cette étude, si Bender montre bien les voies d'apport du bacille, il n'explique pas pourquoi la tuberculose donne lieu ici à cette forme anatomique spéciale : l'éléphantiasis.

Or, M. Darier, dans son *Précis de Dermatologie*, dit que pour réaliser l'éléphantiasis, il faut une « stase lymphatique surtout, mais aussi veineuse, amenant l'œdème et une irritation consécutive ou plutôt concomitante du tissu conjonctif ».

Cruveilhier incriminait surtout les lésions veineuses ; Wirchow l'obstruction ganglionnaire. M. Darier, de son côté, a bien insisté sur le rôle des adénites scléreuses prémonitoires (*Soc. Dermatologie*, nov. 1908.)

Il faut donc des troubles circulatoires d'une part, une irritation du tissu conjonctif, d'autre part.

C'est ce qu'on trouve dans les cas de Dujarier et Laroche, de Forgue et Massabau.

Ces deux derniers auteurs se résument d'ailleurs en disant : « Il y a prolifération conjonctive produite par le bacille de Koch, altération des ganglions et des lymphatiques bourrés de bacilles tuberculeux, deux phénomènes accentuant l'évolution des lésions, et expliquant ainsi l'extension de l'éléphantiasis aux membres inférieurs.

Fiocre dans sa thèse, en 1901-1902, rapportant un cas d'éléphantiasis survenu chez un sujet tuberculeux, ramenait au nombre de deux les facteurs étiologiques :

1° La suppression du drainage lymphatique de la région par suppuration des ganglions inguinaux ;

2° La scrofulo-tuberculose dont la malade était atteinte.

Guillet enfin (thèse de Lyon, 1904) dit dans ses conclusions : « L'association de la stase mécanique et de l'infection se rencontrent le plus souvent dans la pathogénie de l'éléphantiasis.

« L'infection paraît pouvoir être de nature multiple, d'origine exogène ou endogène. »

En ce qui concerne la réaction du tissu conjonctif au niveau du derme, il est probable que l'on ait affaire à une lésion tuberculeuse atténuée, comme tendraient à le prouver les résultats de l'inoculation, dans le cas de Dujarier et Laroche. L'inoculation du fragment du ganglion seul a été positive ; l'inoculation de la peau, dont les lésions histologiques étaient atypiques, a donné un résultat négatif sur le même animal.

Ces données sont intéressantes à noter, elles appellent encore bien des recherches : il faudrait que les observations se multiplient et que les auteurs en même temps qu'ils participent à l'examen histologique, procèdent à des inoculations répétées sur différents animaux.

TRAITEMENT

Comme dans toute tuberculose, le traitement à instituer sera général et local.

Nous n'insisterons pas sur le traitement général dont nous avons déjà parlé antérieurement, et qu'on ne devra jamais négliger. Nous savons déjà ce que l'on doit penser de la radiothérapie et de l'électricité que l'on pourra essayer.

Mais dans le cas qui nous occupe, le traitement sera surtout chirurgical, et les chances de succès dépendront souvent du moment où il a été appliqué.

Il faut en effet opérer largement et le plus tôt possible. Nous ne pouvons mieux faire que de nous rapporter à l'excellent article de Bender :

« Dans la forme hypertrophique, on doit tenter l'extirpation totale et suturer immédiatement la large brèche ainsi créée. Mais il sera parfois impossible d'extirper complètement les parties envahies, en raison de l'extension du processus. Lorsqu'il existe des fistules multiples, des trajets sous-cutanés plus ou moins étendus, il faudra fendre les téguments sur la sonde cannelée, curetter les masses fongueuses ainsi mises à découvert et faire une cautérisation énergique au thermocautère. Dans ce cas, il serait imprudent de tenter la suture immédiate ; on se bornera à tamponner les plaies béantes avec de la

gaze, et on laissera la cicatrisation se faire lentement. »

Lorsque les régions envahies sont trop étendues on peut, comme le firent Dujarier et Laroche, traiter le malade par des ablations chirurgicales successives.

OBSERVATION DE PÆWERLEIN (*Inaug. Dissert.* München, 1902). Rapportée par Bender (*Revue de Gynécologie*, 1906).

Femme, quarante-neuf ans. Sans antécédents héréditaires.

Réglée à seize ans : règles régulières.

Grossesse normale, accouchement normal.

A vingt-neuf ans, apparut au niveau de la grande lèvre droite une tumeur du volume d'une cerise. La tumeur augmenta de volume, lentement et progressivement sans déterminer de douleurs.

Il y a trois ans, dix-sept ans après le début des accidents, l'accroissement devint plus rapide, et en mai 1903, la malade consulta un médecin qui l'opéra.

D'après la malade, récidence quatre semaines après l'opération.

Elle entre à la clinique le 23 juillet 1893. Femme de constitution vigoureuse. Rien au cœur ni aux poumons. Localement, on constate que l'orifice vulvaire est presque oblitéré. La grande lèvre droite, très saillante, forme une tumeur rougeâtre. La face interne de la petite lèvre droite est occupée par une tumeur présentant environ la largeur d'une pièce de 5 francs. La surface est irrégulière, hérissée de verrucosités rougeâtres ou noirâtres.

La tumeur paraît avoir infiltré profondément le tissu conjonctif de la grande et de la petite lèvres droites ; sa surface

est recouverte d'une sécrétion brunâtre, visqueuse, fétide.

Pas de troubles de la miction, ni de la défécation.

Diagnostic. — Sarcome de la grande et de la petite lèvres droites.

Opération, 30 juillet 1893. — Sous chloroforme, extirpation de la tumeur au thermocautère, en incisant autant que possible le tissu sain. Quelques points de suture à la soie. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Guérison sans incidents. La malade quitte l'hôpital le 23 août.

Les pièces sont conservées dans l'alcool. En aucun point, il n'y a trace de perte de substance quelconque.

A la coupe, le tissu paraît homogène.

Le diagnostic fut sarcome de la vulve.

Comme nous l'avons dit, l'examen histologique fut pratiqué sept ans après. On trouva au sein du tissu conjonctif des tubercules nets, avec cellules épithélioïdes et cellules lymphoïdes. On ne trouva pas de bacilles de Koch.

OBSERVATION DE PETIT ET X. BENDER (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903, n° 6).

Malade âgée de trente et un ans. Entre le 13 mars 1902 à l'hôpital Saint-Michel, service de M. Récamier avec le diagnostic : végétations vulvaires.

Réglée à dix ans et demi. Règles régulières.

Il y a huit ans : fausse couche. Un mois plus tard : accouchement prématuré au septième mois, d'un enfant qui mourut au bout de quatre jours.

Il y a deux mois, nouvel accouchement à terme, ayant nécessité une application de forceps.

Pendant toute la durée de sa grossesse, la malade a continué à être réglée comme à l'ordinaire.

Pas d'antécédent familial. Pas de maladie antérieure.

La malade aurait remarqué pour la première fois, il y a sept ans, lors de sa première grossesse, que sa vulve grossissait uniformément. Cet état s'accrut peu à peu par la suite et elle alla consulter un médecin qui lui ordonna des lavages.

L'hypertrophie en question subit une nouvelle poussée au cours de la troisième grossesse; en même temps apparaissaient les végétations qui encombrèrent actuellement le conduit vulvaire.

L'examen local permet de faire les constatations suivantes :

Les grandes lèvres, surtout la droite, augmentées de volume, sans changement de couleur des téguments, semblent être le siège d'une sorte d'œdème dur. Les petites lèvres, le pourtour du méat urinaire sont transformés en un tissu végétant, de coloration rouge sombre, de consistance ferme.

A la place des caroncules myrtiliformes se voient quatre bourgeons lardacés, qui masquent l'entrée du vagin et de l'urètre.

La partie inférieure de la petite lèvre droite est tapissée de verrucosités grosses comme des grains de mil ou des lentilles.

En aucun point, malgré l'examen le plus minutieux, on ne trouve d'ulcération.

Ni suintement, ni douleurs. Aucun signe fonctionnel, si ce n'est des mictions fréquentes et involontaires.

L'examen des organes génitaux internes est négatif.

L'état général semble satisfaisant. Quelques troubles digestifs sans gravité. Rien aux poumons.

Opération. — Excision méthodique au bistouri des parties malades, en empiétant, autant que possible, sur les tissus sains d'apparence.

Suture. Réunion par première intention.

Deux mois après, la lésion continuait son évolution, en certains points de la cicatrice et à son pourtour : état scléromateux végétant des tissus, sans aucune ulcération.

Examen histologique. — Lésion de l'éléphantiasis, Infiltration leucocytaire avec un petit nombre de plasmazellen et une grande proportion au contraire de mastzellen. Tubercules très nets irrégulièrement disséminés. Quelques bacilles de Koch ont pu être trouvés dans les coupes, après coloration par la méthode de Ziehl.

OBSERVATION DE BENDER (*Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1906).

Malade âgée de trente-huit ans, qui fut opérée le 2 mai 1893, dans le service de M. le professeur Pozzi. Je puis donner une description très exacte des lésions d'après un excellent moulage en cire qui fut fait à cette époque, et qui est conservé au musée de la clinique.

On peut se rendre compte que les lésions portaient exclusivement dans ce cas, sur les petites lèvres.

Les grandes lèvres étaient saines. Les deux petites lèvres

étaient transformées en deux volumineux bourrelets, épais de 2 à 3 centimètres. Leur surface était irrégulière, rugueuse, sillonnée de plis et rappelait la peau d'orange ; la coloration était rouge sombre, violacée.

Au niveau de la partie supérieure de la petite lèvre droite existait une nodosité saillante, du volume d'une petite noix. A gauche, existait une formation analogue, mais beaucoup plus volumineuse, dont la base s'insérait sur toute la moitié supérieure de la petite lèvre correspondante. La surface était irrégulière et bosselée, parsemée de dépressions et de sillons profonds.

Le capuchon clitoridien était, lui aussi, épaissi et induré, le clitoris ne présentait aucune altération.

Examen histologique. — Cet examen a porté sur des fragments de la tumeur, conservés dans l'alcool par M. Latteux.

Là encore, mêmes lésions histologiques, et des granulations tuberculeuses avec quelques bacilles tuberculeux. Quelques-unes de ces granulations avaient subi, en leur centre, un commencement de caséification.

De plus, la couche élastique qui double normalement l'épithélium était absolument dissociée par l'hyperplasie et l'infiltration œdémateuse du tissu conjonctif.

OBSERVATION DE DUJARIER ET G. LAROCHE (*Revue de Chirurgie*, 10 décembre 1908).

Malade C..., âgé de quarante-cinq ans, typographe. N'a jamais eu d'accidents aigus de saturnisme, mais de 1890 à

1895 a eu plusieurs fois des douleurs dans les bras, sans paralysie. Longtemps et à plusieurs reprises, il a fait des séjours aux colonies, tout d'abord au Tonkin, de 1883 à 1888, comme soldat : puis en Algérie à deux reprises, dans la Légion étrangère, de 1893 à 1898, et de 1900 à 1902.

Dans l'intervalle de ces séjours, il est resté à Paris. Il n'a jamais eu ni paludisme, ni dysenterie, et, ce n'est qu'après son dernier retour en France en 1892, qu'il a eu quelques petits accès fébriles, qui ne semblent du reste pas être du paludisme. Il nie la syphilis.

Notre malade n'a jamais été en bonne santé, depuis le mois de juin 1906. A ce moment, à la suite de privations, il est atteint de troubles gastro-intestinaux avec vomissements abondants et selles s'accompagnant de rejets de peaux, de matières blanchâtres et sanguinolentes. Le malade, soigné à Cochin, dans le service de M. Widal, guérit assez vite de sa diarrhée, mais il resta faible avec un mauvais état général, et depuis, il ne put travailler que très irrégulièrement.

Août 1906. — Apparaissent les premiers symptômes de l'affection qui devait aboutir à l'éléphantiasis des régions inguino-scrotales. Soigné dans le service de M. Chauffard, il est très anémique, maigrit, et de temps à autre présente des accès fébriles.

Il se plaignait de douleurs au niveau de l'aine s'irradiant jusque dans la région lombaire et la partie supérieure des cuisses. Ces douleurs peu intenses cédaient avec le repos au lit.

A ce moment, apparaît une première tumeur dans l'aine droite. Elle était grosse comme le poing, indolente à la

pression, recouverte d'une peau épaissie et violacée. A l'incision, il sort du pus et surtout du sang. La plaie se cicatrise rapidement, mais la région reste empâtée.

Passé en chirurgie dans le service de M. Quénu, le malade vit alors se former dans l'aîne gauche une tumeur analogue, non douloureuse au début, un peu sensible plus tard. Une incision donna issue à du pus mêlé de sang comme à droite ; puis survint une lymphorrhagie très abondante, qui dura environ trois semaines et finit par céder.

Jusqu'alors, on n'avait pas constaté d'œdème des jambes ni des organes génitaux : peu à peu la verge et le scrotum augmentent de volume, et l'œdème d'abord mou et lisse, variable et intermittent, devint permanent.

3 mars 1907. — Le malade entre à l'hôpital Ricord, dans le service de M. Humbert. A ce moment, les œdèmes de la verge et du scrotum présentèrent encore de temps à autre quelques variations d'intensité, mais sans jamais disparaître complètement. Il ne fut fixé dans l'état actuel qu'à la fin de 1907.

Durant ce laps de temps, le malade subit plusieurs opérations, en particulier, un grattage superficiel des deux aînes, après rachistovainisation. A la suite de l'opération, il eut des douleurs dans les jambes et des troubles urinaires (dysurie sans rétention proprement dite) avec constipation pendant près de cinq mois.

Janvier 1908. — Au moment où nous l'avons examiné pour la première fois, son état général était assez bon. Il avait engraisé de 4 kilogrammes en l'espace d'une année. Il ne présentait aucun trouble du côté du système nerveux, ni de l'appareil cardio-vasculaire. Aux poumons, on ne note

qu'une inspiration rude et grave au sommet droit avec expiration prolongée et saccadée.

La fosse sus-épineuse droite est submate. Il ne tousse ni ne crache. L'appétit est conservé ; l'examen des urines ne décèle ni albumine ni sucre, mais seulement une diminution assez marquée de l'urée, de l'acide urique et de l'azote total.

Localement les lésions siègent au niveau de l'aîne, de la verge et du scrotum.

Aîne droite. — Au niveau de la partie interne de la région du pli de l'aîne, au-dessus et au-dessous de lui, existe une surface grande comme une paume de main et d'aspect irrégulier. De profonds sillons dessinent grossièrement un H et isolent des portions de peau épaissie. Sur cette surface la peau présente un aspect rouge violacé avec, en certaines parties, un piqueté brunâtre. Cette peau est rugueuse, à gros grains. La palpation est indolore ; elle montre une infiltration fibreuse et dure de la peau, sans qu'on y puisse déterminer le godet d'œdème. La peau est fixée dans la profondeur, on ne peut la mobiliser sur les plans profonds, où elle se confond probablement avec les masses ganglionnaires.

Dans le fond des sillons, on voit par places des surfaces suintantes et d'autres cicatrisées.

A la partie inférieure, au niveau du sillon génito-crural, existent quelques fistules dans lesquelles le stylet pénètre de 1 à 2 centimètres. Plus bas, dans le sillon, se voit une autre fistule. Au niveau de la fistule supérieure on sent nettement dans la profondeur une masse ganglionnaire, occupant la partie interne du triangle de Scarpa.

Aine gauche. — Les lésions sont à peu près analogues et occupent une région symétrique, mais elles sont plus suintantes, et toute la peau du sillon génito-crural est rouge et enflammée.

Dans le fond d'un sillon, on trouve une petite fistule peu profonde ; dans une autre située à la partie supérieure, au niveau de l'épine du pubis, le stylet pénètre à 2 centimètres de profondeur.

Verge. — La verge est œdématiée dans l'ensemble, mais surtout au niveau du prépuce. Elle présente une courbure à concavité inférieure. Le fourreau est épaissi par un œdème dur, et par places, on voit de petites saillies blanchâtres, dures, donnant un aspect chagriné à gros grains. Au niveau du raphé, il paraît y avoir un peu de rétraction, ce qui donne à la verge sa courbure inférieure.

Scrotum. — Les bourses ont le volume d'une tête d'enfant ; elles présentent un épaississement considérable avec un aspect chagriné, sans qu'on retrouve ici, comme au prépuce, ces petites élevures blanchâtres isolées ou agminées, sauf en une place, à la partie supéro-externe de la bourse droite. La coloration du scrotum est blanchâtre, à la partie supérieure des bourses. A la partie inférieure déclive, il existe une coloration violacée assez marquée.

A la palpation, la peau est épaisse, et présente une consistance fibroïde dans toute son étendue. Il est impossible de sentir les testicules ; par la pression, on révèle néanmoins la douleur testiculaire.

Du côté gauche. — On voit deux orifices fistuleux, dont l'un de formation récente a la dimension d'un haricot. La peau est décollée sur une grande étendue. On la soulève

avec le stylet. En un seul point le stylet pénètre à 4 centimètres.

Ces fistules succèdent à des abcès qui s'ouvrent au bout de quelques jours et sont assez douloureux.

Du côté droit. — On ne voit que d'anciennes cicatrices. Les régions envahies étant trop étendues, nous résolûmes de traiter ce malade par des ablations chirurgicales successives, portant sur la région inguinale gauche, puis la région inguinale droite, enfin dans un dernier temps sur le scrotum.

Une première opération eut lieu le 25 février 1907 après anesthésie rachidienne à la stovaine (0 gr. 05). On ouvre à gauche du scrotum un gros abcès d'où il sort un pus sangui-nolent d'odeur intestinale. On résèque toute la portion de peau de la région inguinale gauche altérée. Au-dessous, on tombe sur une masse ganglionnaire entourée d'une coque de péri-adénite fibreuse, qu'on arrive à nettoyer. On résèque une partie de la peau des bourses. Pendant l'opération on ouvre la vaginale, d'où il sort un peu de liquide. Le testicule apparaît sain à l'intérieur. On referme la vaginale par un point de catgut. On termine l'opération de la plaie par quelques points au crin, et on panse avec de la gaze imbibée de teinture d'iode. Il y eut dans la journée une hémorragie assez abondante pour laquelle on dut faire sauter quelques points de suture et faire deux ligatures d'artérioles à la partie externe de la plaie. Celle-ci se cicatrisa peu à peu sans autre incident.

Le 3 août eut lieu une deuxième opération sous chloroforme. Du côté droit, on circonscrit par trois incisions au niveau du triangle de Scarpa, la portion de peau envahie.

Après ablation des tissus superficiels, on tombe sur un tissu blanchâtre, dur et très épais, contenant des ganglions entourés de coques fibroïdes. On enlève assez péniblement la plus grosse partie de ces masses ganglionnaires. L'hémostase est d'ailleurs plus facile que lors de la première opération. On rétrécit les trois angles avec des points de suture et on draine avec une mèche. Du côté du fourreau de la verge, on incise par la face dorsale, et on fait la résection de toute cette peau épaissie, œdématiée. On laisse seulement en haut et à droite un point de muqueuse qui permet de recouvrir en grande partie la verge, en réunissant la muqueuse à la peau des bourses.

La troisième opération eut lieu en mai 1908 sous chloroforme. On trace une incision transversale, à concavité inférieure, dont la partie moyenne passe immédiatement au-dessous de la verge. Dans la partie gauche elle passe au-dessus d'une petite ulcération, grosse comme une pièce de 1 franc, vestige de la première intervention et dont les bords calleux sont soulevés, le fond de l'ulcération est atone et ne semble avoir aucune tendance à se cicatriser. Une deuxième incision, également transversale, mais à concavité supérieure, passe au niveau de la partie postérieure des bourses et rejoint la première par ses extrémités.

Ces incisions sont profondes et traversent un tissu d'aspect gélatineux, largement infiltré de sérosité, qui s'écoule abondamment par l'incision. Dans la profondeur, en arrière, on décolle facilement toute la masse des bourses en profitant d'un plan de clivage. On extirpe le tout en ne laissant que les sacs fibreux qui entourent de chaque côté le cordon et la vaginale. Il n'existe pas d'hydrocèle notable. On arrive à

suturer la plaie avec une certaine difficulté après avoir refoulé les deux testicules sous la peau ainsi réunie. On draine à cause d'un suintement sanguin, en nappe, assez intense. Parmi les suites opératoires, nous n'avons à signaler qu'une rétention d'urine qui dura plusieurs jours, nécessita le cathétérisme et laissa après sa disparition un peu de dysurie.

Le drain fut enlevé le deuxième jour, les crins le dixième. La plaie était alors presque totalement réunie, sauf une bande de 1 centimètre de large, au niveau de la ligne de suture. Ce dernier vestige de l'opération disparaît quelques jours après.

En somme, grâce à ces interventions successives, l'état local est très amélioré. Les régions inguinales sont débarrassées de ces tissus épaissis, qui déterminaient une assez grande gêne fonctionnelle et empêchaient presque la marche. Le scrotum et la verge ont repris leur volume.

Avec M^{lle} Bonnin (*Contribution à l'étude de la tuberculose de la vulve*. Paris, 1904) et Bender dans la *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1906, on peut comprendre deux formes différentes :

1° Tuberculose ulcéreuse ou ulcéro-hypertrophique;

2° Tuberculose hypertrophique non ulcéreuse. Cette dernière est celle qui nous occupe.

OBSERVATION DE BOURSIER. — *Tuberculose hypertrophique non ulcéreuse de la vulve*. — *Tuberculose pulmonaire tardive*. — *Epithélioma du col de l'utérus*.

Malade aujourd'hui âgée de soixante-trois ans. Femme

pâle, maigre, très vieillie. Aspect cachectique. Son histoire pathologique est longue.

Bonne santé jusqu'à l'adolescence.

Réglée à seize ans. Règles toujours abondantes, non douloureuses, sans caillots.

A vingt ans, accouchement à terme. La malade reste quatre jours au lit. Pas de suites pathologiques.

A vingt-cinq ans : fausse couche de trois mois. La malade garde le lit pendant trois jours.

La santé est bonne jusqu'en 1897. A ce moment, elle s'aperçut que sa grande lèvre droite prenait un volume exagéré, de manière lente et progressive, sans lui causer aucune douleur.

Au bout de quelques mois, cette grande lèvre formait une masse ovoïde, à grand axe vertical, présentant environ 12 à 15 centimètres de longueur et 5 à 6 centimètres d'épaisseur.

Cette tuméfaction amena peu à peu, par son volume seulement, une gêne mécanique dans la marche et dans la station assise, au point que, en mai 1898, la malade consulta. Elle entra dans mon service de l'hôpital Saint-André, salle 1.

A ce moment, on constatait une tuméfaction de la grande lèvre présentant les dimensions indiquées ci-dessus. La peau paraissait grenue, épaissie, nettement hypertrophiée et avait un aspect éléphantiasique marqué. La consistance de la tumeur était dure et élastique.

Je portai le diagnostic d'éléphantiasis de la grande lèvre et pratiquai au bistouri l'ablation de cette grande lèvre hypertrophiée.

L'excision fut suivie d'une suture qui guérit par première

intention. La grande lèvre enlevée fut examinée histologiquement et on trouva dans ces tubercules hypertrophiés un certain nombre de follicules tuberculeux, mais on ne rechercha pas s'il y avait ou non des bacilles de Koch. La malade quitte l'hôpital complètement guérie, trois mois plus tard.

Elle revint dans notre service en juin 1899, parce que des lésions analogues commençaient à se développer dans la lèvre gauche. On observait, en effet, du côté gauche, une tuméfaction analogue à celle que nous avions vue à droite, même épaissement de la peau, même induration, même aspect éléphantiasique, mais avec dimensions beaucoup moins grandes. On avait même observé au niveau de la tumeur de très légères excoriations qui guérèrent très facilement.

26 août. — Dans le service, la malade fut prise d'un érysipèle aux jambes, qui entraîna son transfert dans le service d'isolement. L'érysipèle envahit tous les membres inférieurs et la région pelvienne et dura environ une vingtaine de jours; quatorze mois plus tard, en 1900, la malade fut prise d'un nouvel érysipèle de la région pelvienne qui nécessita un second séjour dans le service d'isolement. Ce deuxième érysipèle donna naissance à deux abcès volumineux : l'un dans la région anale, l'autre à la partie supérieure de la cuisse. Ils guérèrent lentement, après incision et drainage, et à partir de ce moment, les régions, périnéale postérieure et anale, présentèrent des indurations irrégulières avec épaissement de la peau et aspect éléphantiasique qui rappelaient les lésions constatées au niveau des grandes lèvres. Ces altérations de la grande lèvre et de la région périnéale posté-

rieure ont toujours persisté depuis avec les mêmes caractères, ainsi qu'il m'a été possible de le constater au cours de quelques examens pratiqués de loin en loin.

La malade revint me demander de la prendre dans mon service au mois de mars 1908. Elle paraissait très vieillie, très amaigrie, et elle nous a appris que depuis ces dernières années, elle toussait beaucoup tous les hivers.

A son entrée dans le service, frappé par cette toux persistante et par son mauvais état général, nous avons examiné son appareil pulmonaire et nous avons constaté des signes indiscutables de tuberculose : matité des deux sommets avec respiration soufflante et toux très fréquente. La malade mange peu ; elle a une constipation opiniâtre avec selles douloureuses ; les mictions sont fréquentes, peu abondantes. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Du côté de l'abdomen, la paroi est souple, d'aspect normal, facilement dépressible.

La palpation aisée est douloureuse au niveau de la région hypogastrique médiane et aussi un peu au niveau des régions latérales. Dans les plis inguinaux des deux côtés, on trouve un certain nombre de ganglions petits, durs, mobiles, isolés les uns des autres.

La percussion du ventre ne présente rien d'anormal.

Du côté des organes génitaux, la grande lèvres droite est souple, et de dimensions à peu près normales, et elle porte sur son bord antérieur une cicatrice linéaire verticale, trace de l'opération ancienne.

La grande lèvre gauche est très augmentée de volume, mais de consistance assez molle. La peau, relativement assez lisse est nettement indurée et hypertrophiée ; le tissu con-

jonctif paraît souple et peu épaissi. Le petite lèvre gauche est, elle aussi, hypertrophiée et indurée.

Sur la région anale et sur le périnée, on observe une induration diffuse s'étendant à 3 ou 4 centimètres de chaque côté de la ligne médiane. La peau, d'une coloration rose foncé, violacée par places, présente quelques sillons profonds, cicatrices d'incisions anciennes. Elle est granuleuse, épaissie, nettement éléphantiasique.

L'anus repose lui-même sur une région partiellement indurée. Le vagin ne présente rien d'anormal; sa muqueuse est très souple et de coloration rose pâle normale. On n'y rencontre ni nodosité, ni induration.

Par le toucher vaginal, on s'aperçoit que le col utérin est remplacé par une masse irrégulière, fongueuse, très friable, saignant au moindre contact. Au milieu de ces fongosités, il est difficile de trouver l'orifice cervical. Le col est surmonté par un corps utérin volumineux, régulier, peu mobile, qui paraît très sensible à la palpation bimanuelle.

Les culs-de-sac vaginaux sont indurés, peu dépressibles; il n'est pas possible de saisir les annexes.

Au spéculum, on voit que les fongosités cervicales sont très irrégulières, d'un rouge foncé et saignant très facilement.

On pratique une biopsie.

L'examen de la pièce est nécessaire pour le diagnostic. On peut se demander, en effet, si nous sommes en présence d'une tuberculose bourgeonnante du col ou d'une lésion épithéliomateuse. Cet examen a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé du col. L'évolution des lésions jusqu'à ce jour a d'ailleurs confirmé l'exactitude de ce diagnostic.

Les indurations et hypertrophies de la grande lèvre gauche et des régions ano-périnéales sont demeurées à peu près dans le même état qu'au moment de l'entrée de la malade.

Il y a un écoulement leucorrhéique odorant contenant des débris sphacelés de tumeur cervicale. Au toucher, le col est à peu près détruit par l'ulcération néoplasique et le doigt pénètre facilement.

L'ulcération a envahi le bas-fond vésical, et la malade perd peu à peu ses urines.

Le néoplasme a envahi les parois vaginales, épaissies et indurées dans la moitié supérieure du conduit vaginal, surtout en avant, à droite et en arrière.

OBSERVATION DE FORGUE ET MASSABUAU, de Montpellier
(*Revue de Chirurgie*, 1909.)

Malade âgée de trente-cinq ans. A quinze ans, adénopathie tuberculeuse de l'aisselle, traitée par l'incision et le curettage. A vingt ans, adénite gauche de la région cervicale traitée par l'ablation.

Il y a deux ans, la malade, soignée pour diarrhée chronique persistante, voit se développer une tuméfaction au niveau de la partie moyenne du bord de la grande lèvre droite et le volume de cette dernière augmenter progressivement. Presque en même temps paraît de l'œdème du membre inférieur droit.

Il y a huit mois, en même temps que l'œdème a gagné le membre du côté opposé, apparaît un empâtement dur des régions inguinales droite d'abord, ensuite gauche.

Cette évolution s'est faite de façon à peu près indolore, sauf, de temps en temps, quelques élancements dans l'aîne et

le membre inférieur droit. Vingt jours avant son entrée à l'hôpital, au niveau de la tuméfaction inguinale droite, apparaissait une fistule qui laisse écouler du pus en abondance.

Les règles sont supprimées depuis 16 ou 17 mois. Les pertes blanches sont abondantes. La malade tousse un peu, ne crache pas ; pas d'hémoptysie. A l'examen des poumons, on note une induration du sommet gauche, avec quelques craquements.

L'examen de la grande lèvre présente une tuméfaction considérable, égale à un scrotum d'adulte. L'aspect de la peau est celui d'une peau éléphantiasique. Ce qui frappe le plus, c'est la saillie sur la surface cutanée de sortes des nodosités du volume d'un grain de mil à un petit pois et plus, dont les unes ne sont qu'une sorte de bourgeonnement sessile, irrégulier, et dont les autres au contraire tendent à s'énuelcler des téguments, à la façon d'un *molluscum pendulum*.

Vers le pôle inférieur de la grande lèvre, cette transformation papillomateuse des téguments a abouti à la formation d'une véritable tumeur, du volume d'une petite noix, composée d'une série d'éminences lobulées, séparées par plis profonds, en forme de chou-fleur, mais au niveau de laquelle la peau est intacte et sans ulcération. Il y a simplement de la macération épidermique.

Sur la partie moyenne de la grande lèvre gauche, beaucoup moins tuméfiée, on observe une petite saillie pédiculée ; la consistance est celle d'un œdème un peu dur.

Le membre inférieur droit est très œdématié ; à gauche, l'œdème est moins considérable.

Les deux aines sont occupées par un gâteau ganglionnaire ; il faut dire gâteau et gâteau adhérent, car la masse

est bloquée dans le triangle de Scarpa et se prolonge dans la fosse iliaque par un paquet plaqué complètement contre le détroit supérieur.

A gauche, les ganglions de la région inguinale correspondant à la partie moyenne du triangle de Scarpa, se sont spontanément fistulés. Ces fistules donnent issue à un liquide séro-granuleux d'aspect nettement tuberculeux, dans lequel on trouve le bacille de Koch. Il y a quelques ganglions dans les deux aisselles.

Le diagnostic porté est celui d'éléphantiasis de la vulve, dans la production duquel l'adénite tuberculeuse inguinale doit jouer, par la compression qu'elle exerce, un rôle prépondérant.

Opération. — 14 janvier 1908.

Les deux masses ganglionnaires adhérentes aux saphènes thrombosées et aux veines fémorales sont totalement extirpées. Les deux grandes lèvres sont réséquées aussi complètement que possible. Les suites opératoires ont lieu sans incident. La malade sort en bon état le 29 mars 1908. Elle entre de nouveau à l'hôpital le 15 novembre 1908. Les régions inguinales ne présentent aucune nouvelle masse appréciable, mais l'œdème des grandes lèvres a reparu sous la cicatrice et autour d'elle il y a le même aspect du revêtement cutané et les mêmes formations condylomateuses que lors de la première atteinte.

Le membre inférieur droit est très œdématié et quelques érosions de la peau laissent sourdre un liquide séreux et blanchâtre. La peau de la face interne de la cuisse est particulièrement altérée et présente, à sa surface, quelques nodosités saillantes et disséminées du volume d'une lentille ou d'un

petit pois. Ce qui frappe surtout, c'est l'existence, dans cette région, de traînées lymphangitiques qui descendent jusqu'au niveau du genou et nécessitent l'enveloppement humide du membre inférieur, employé déjà par son médecin depuis plusieurs jours. Cet état s'accompagne d'un léger mouvement fébrile, qui ne rétrocede pas complètement après disparition de la poussée de lymphangite.

25 novembre 1908. — La malade se plaint de douleurs dans l'aisselle et le membre supérieur gauche. On note l'existence d'un œdème dur de la partie latérale du thorax, descendant jusqu'à la septième et huitième côte, accompagné d'une lymphangite réticulaire et d'un empâtement ganglionnaire de l'aisselle au niveau duquel la peau est épaissie, infiltrée et adhérente. En même temps, l'état général s'altère : le malade s'alimente très peu ; elle est amaigrie considérablement ; elle tousse et crache.

3 décembre 1908. — La malade a eu une hémoptysie abondante. On note, à ce moment, des lésions de ramollissement au niveau du sommet gauche, de l'obscurité respiratoire et des frottements pleuraux à la base droite.

20 décembre 1809. — Nouvelle hémoptysie. Quelques jours après, la malade meurt.

CONCLUSIONS

1° L'éléphantiasis est un syndrome clinique et anatomopathologique ;

2° Le bacille de Koch est un des agents capables de le déterminer ;

3° Cet éléphantiasis peut être associé à des lésions de tuberculose cutanée ulcéreuse (lupus et ulcérations tuberculeuses) ;

4° Cet éléphantiasis peut être pur et cliniquement d'apparence primitive. Les examens de laboratoire pratiqués dans les cas de Bender, Dujarier et Laroche, Forgue et Massabuau prouvent le rôle prédominant du bacille de Koch (lésions histologiques tuberculoïdes, présence de bacille de Koch dans les coupes, inoculation des ganglions satellites) ;

5° Le bacille tuberculeux agit en déterminant des troubles circulatoires, surtout lymphatiques, et une inflammation du tissu conjonctif, deux conditions nécessaires pour réaliser le syndrome éléphantiasique ;

6° L'inflammation des tissus de la peau est souvent

une forme atténuée de tuberculose, comme le prouvent la bénignité des symptômes et l'atypisme fréquent des légions histologiques de la peau.

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse,
CHAUFFARD

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- DOMINICI. — *Pratique dermatologique* (article éléphantiasis).
- LENGLET. — *Pratique dermatologique* (article lupus).
- DARIER. — *Précis de Dermatologie*.
- HÉBRA. — *Traité des Maladies de la peau*, 1878.
- BESNIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1878.
- COCULET. — *Lupus éléphantiasique*. Thèse de Paris, 1886.
- ARNOZAN. — *Leçons sur l'éléphantiasis* (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1888).
- BROCA. — *Traitement des Maladies de la peau* (p. 216), 1890.
- KAPOSI. — *Éléphantiasis consécutif à un lupus*, 1891.
- LASSAR. — *Éléphantiasis de la jambe développé sur des ulcérations lupiques*. Société berlinoise de Dermatologie, 1892.
- SABOURAUD. — *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 592.
- THIBIERGE. — *Lupus éléphantiasis du membre supérieur consécutif à une tuberculose des os de la main compliquée d'érysipèle récidivant* (*Annales de Dermatologie*, 1896, p. 1874).
- GUILLEMAL. — Thèse de Bordeaux, 1898. *Éléphantiasis des pays chauds*.
- BERNABÉI. — *Éléphantiasis du bras gauche post-scrofuleux et érysipélateux*. Académie royale des Physiocrates de

Vienne, 23 juin 1898 (*Presse médicale*, 13 août 1898).

GASTOU et GOGUEL. — *Éléphantiasis du bras symptomatique d'une ostéo-arthrite chronique du coude probablement tuberculeuse* (*Annales de Dermatologie*, 1899).

FIOCRE. — Thèse de Paris, 1900-1901.

KREIBICH. — *Éléphantiasis d'origine lupique* (*Wiener dermatologische gesellschaft*, 8 mai 1901), rapporté par Doyon dans *Annales de Dermatologie*, 1902.

FOURNIER (A.) et MILLIAN. — *Syphilome hypertrophique diffus du scrotum et de la verge* (*Annales de Dermatologie*, 1902, p. 517).

DANLOS. — *Cas hybrides d'éléphantiasis syphilitique et tuberculeux de la jambe* (*Annales de Dermatologie*, 1902, p. 623-699).

PETIT et BENDER. — *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1903, p. 947.

GUILLET. — *Pathogénie de l'éléphantiasis*. Thèse de Lyon, 1903-1904.

BALZER et FAURE-BEAULIEU. — *Lupus éléphantiasique du pied avec ulcération serpigineuse, consécutif à des atteintes répétées d'engelures* (*Annales de Dermatologie*, 1903, p. 54).

BENDER et NANDROT. — *Tuberculose ulcéreuse de la région vulvo-périnéale* (*Bulletin et Mémoire de la Société anatomique de Paris*, février 1904, p. 129).

BOWEN. — *Elephantiasis from lupus* (*Boston M. et S. Journal*, 1905, p. 29).

BALZER et DESHAYES. — *Annales de Dermatologie*, 1906.

POEWERLEIN. — *Inaug. dissertation*, Munich, 1902, in Bender

(*Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1906).

RAVOGLI. — *Journal of cutaneous diseases*, février 1907.

BOURSIER. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1^{er} novembre 1908.

DUJARIER et LAROCHE (G.). — *Un cas d'éléph. tuberculeux du scrotum* (*Revue de Chirurgie*, 10 décembre 1908).

GOUGEROT. — *Revue de la tuberculose*, 1908, n° 6, décembre.

FORGUE et MASSABUAU. — *Revue de Chirurgie*, juin 1909.

